

TÍTULO:

Crisis convulsivas vs pseudocrisis. A propósito de un caso.

AUTORES:

Leticia Cobo Calvo; María Eugenia Sáez Roche; Virginia González Mateos; Romina Vanesa Pastorelli; Sara María Bañón González; Haydee Tamara Padrón; Berta Elsa Pinilla Santos

INSTITUCIÓN:

Hospital Universitario de Móstoles (Madrid)

ÁREA TEMÁTICA:

Neuropsiquiatría

OBJETIVOS:

Intentaremos acercarnos al diagnóstico diferencial entre crisis convulsivas y pseudocrisis y el distinto manejo entre ellas a través de un caso clínico de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO:

Caso clínico.

MOTIVO DE CONSULTA:

Varón, de 30 años, que es traído en ambulancia a psiquiatría de urgencias del hospital por “rigidez y desconexión del medio”.

ANTECEDENTES PERSONALES SOMÁTICOS:

- No RAMC
- Neumotórax espontáneo
- Retraso mental moderado.
- Dislipemia en tratamiento con simvastatina
- Ingreso en Neurología (en 2010) después de ingreso en UCI, con realización de pruebas y diagnóstico de “probable pseudocrisis”.
- Asistencia en múltiples ocasiones en el servicio de urgencias de diversos hospitales por cuadros similares al actual.

ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIÁTRICOS:

En seguimiento en CSM por alteraciones conductuales en el contexto de retraso mental y probable cuadro disociativo. No ingresos psiquiátricos.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Hermano: esquizofrenia paranoide
- Hermana: esquizofrenia paranoide, institucionalizada.
- Abuelo: epilepsia.

TÓXICOS:

- Fumador de 1 paquete/día
- Niega consumo de otros tóxicos.

TRATAMIENTO HABITUAL:

- Quetiapina 600 mg/día
- Cloracepato dipotásico 15 mg/día
- Flurazepam 30 mg/día
- Lorazepam 1 mg si precisa por ansiedad.

SITUACIÓN BASAL:

Vive en un piso tutelado. No trabaja. Independiente para las ABVD.

ENFERMEDAD ACTUAL:

El paciente se encuentra en camilla, habiendo sido traído en ambulancia al servicio psiquiatría de urgencias.

Aporta informe de servicio de médico de ambulancia: el paciente se encuentra rígido y presenta Glasgow de 8 a su llegada, recuperando progresivamente el nivel de conciencia con recuperación espontánea total del mismo.

El paciente en el momento de la evaluación de encuentra consciente y orientado. Refiere que 'hoy he empezado a encontrarme mal, como si todo me diera vueltas y me he caído' 'Ya no recuerdo nada más'. Refiere aumento de frecuencia de episodios similares al actual en los últimos 4 meses aproximadamente, meses en los que refiere aumento del nivel de ansiedad debido a problemas de convivencia en el piso compartido y en su casa.

Refiere que lleva un mes con alucinaciones visuales de 'enanos, luces, alguien que me toca'. También refiere alucinaciones auditivas y cenestésicas. 'Nunca me había pasado y me asusta'.

Refiere que 'los enanitos verdes me dicen que me mate' y enseña cicatrices en ambas muñecas con dos cortes superficiales.

No refiere tener alteraciones sensorio-perceptivas ni aumento del nivel de ansiedad antes del cuadro. 'Estaba bien, hablando tranquilo con mi madre'.

'Desde que me he caído de la cama, no recuerdo más. Sólo me he despertado aquí en el hospital'.

Refiere que tiene múltiples visitas a distintos hospitales. 'Sólo quiero que me valoren, no puedo más'.

Las crisis se producen en su casa y en la calle. Refiere que nota como se va mareando antes, 'como si se me fuera la cabeza'.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA:

Consciente y orientado en las 3 esferas. Tranquilo, parcialmente abordable y colaborador. Lenguaje empobrecido, pero adecuado a las preguntas. Disartria.

Bradipsiquia y bradilalia. En el momento actual niega sintomatología psicótica activa, pero refiere en ocasiones alucinaciones visuales, auditivas y cenestésicas. Eutímico. No ideación autolítica estructurada en el momento actual. No insomnio, no alteraciones en la alimentación. No auto o heteroagresividad en el momento actual. Juicio de realidad conservado en el momento actual.

JUICIO CLÍNICO:

- Aplazado, probable cuadro conversivo.
- Los previos

EVOLUTIVO:

Se pide valoración por parte de medicina interna, que realiza analítica general completa de sangre y orina, análisis de tóxicos y ECG.

Analítica: CK 187 U/l. Resto sin alteraciones significativas.

Tóxicos en orina y sangre: negativos.

ECG: sin alteraciones.

El juicio clínico por parte de medicina interna es “probable crisis epiléptica”, recomendando valoración por parte del servicio de neurología, mientras queda en observación hospitalaria.

Al día siguiente, el paciente es valorado y explorado por parte del servicio de neurología, que afirman no poder descartar en el contexto actual fenómenos críticos del lóbulo temporal, pautando medicación anticonvulsiva y seguimiento ambulatorio por parte de neurología.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La epilepsia es una de las principales enfermedades neurológicas crónicas.

Una crisis es el resultado de una descarga neuronal anormal, con unas manifestaciones clínicas que pueden ser motoras, sensitivas, vegetativas y/o psíquicas y pueden ir acompañadas o no de disminución del nivel de conciencia (las crisis generalizadas se acompañan de pérdida de conciencia y por el contrario, las parciales no).

Los síntomas dependen de la zona cerebral donde comience la descarga y de su generalización o no.

Una crisis epiléptica no es diagnóstica de epilepsia. La epilepsia es una enfermedad que se define como la repetición crónica de crisis epilépticas (Organización Mundial de la Salud e ILAE –Liga Internacional Contra La Epilepsia-). De forma práctica, se suele diagnosticar epilepsia ante 2 o más crisis convulsivas espontáneas en un paciente.

Hay varios tipos de crisis epilépticas con unas características clínicas diferentes:

-Crisis generalizadas convulsivas: son tónicas, clónicas o tónico-clónicas. Las fases tónicas producen un espasmo muscular prolongado y las fases clónicas producen sacudidas musculares breves.

-Crisis generalizadas no convulsivas: son las llamadas “crisis de ausencia”. Se trata de episodios de desconexión del medio breves sin acompañarse de pérdida del tono muscular.

-Crisis amiotónicas: pérdida del tono muscular

-Crisis focales o parciales: se producen en una zona del cerebro y se manifiesta por una combinación de síntomas y signos variados (no disminución del nivel de conciencia, síntomas vegetativos, sensitivos, síntomas visuales, motores, alteraciones del lenguaje, alteraciones en el contenido psíquico...)

Cada crisis tiene una sintomatología característica dependiendo de la zona del cerebro donde se produzca la descarga.

De este tipo de crisis, las que normalmente plantean más dificultades en el diagnóstico diferencial entre pseudocrisis y crisis epilépticas son las crisis de lóbulo frontal, frontomesial y temporal.

Las crisis del lóbulo temporal producen desviación conjugada de los ojos, contracción tónica del brazo, enuresis, movimientos repetitivos complejos del tronco, brazos y piernas...

Las crisis temporales se caracterizan por alucinaciones olfatorias, auditivas, gustativas o digestivas, detención y fijación de la mirada, fenómenos dimnésicos, automatismos buco-linguales, palidez, sudoración, confusión, amnesia, vértigo...

Por el contrario, las pseudocrisis (o crisis psicógenas o crisis conversivas) se trata de episodios intermitentes que simulan una crisis epiléptica.

Según la DSM-IV-TR el trastorno de conversión se engloba en los trastornos somatomorfos y se caracteriza por “uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica”. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.

El síntoma no está producido intencionadamente o es simulado. Tras exámenes adecuados el síntoma no se explica como parte de una patología médica ni como resultado de la acción de alguna sustancia tóxica.

El síntoma provoca importante malestar al paciente.

Se subdivide dependiendo del síntoma predominante: con síntoma o déficit motor, con síntoma o déficit sensorial, con crisis y convulsiones y de presentación mixta.

En la CIE-10 se englobarían dentro de los trastornos disociativos (de conversión), dentro del subtipo convulsiones disociativas o trastorno disociativo (de conversión) mixto, si se asocia con algún otro subtipo.

En el caso de que el paciente produzca el cuadro intencionadamente sin ningún incentivo externo entraría dentro de los trastornos facticios y si el paciente lo produce intencionadamente, pero motivado por incentivos externos sería simulación.

El diagnóstico diferencial de las crisis convulsivas y las pseudocrisis no es sencillo. Se basaría en una correcta anamnesis, una completa exploración física y neurológica, analítica general que debe incluir iones (sodio, potasio, calcio, magnesio), glucemia, perfil hepático, estudio tiroideo y estudio de la función renal. Es útil también medir el nivel de prolactina postictal.

También podría utilizarse un EEG de vigilia con estimulación luminosa intermitente, hiperventilación y métodos de sugestión verbal o un registro continuo de video-EEG de 24 o 48 horas.

Las diferencias entre crisis convulsivas y pseudocrisis se resumen en la siguiente tabla.

	<i>CRISIS</i>	<i>PSEUDOCRISIS</i>
<i>Comienzo</i>	Brusco	Gradual
<i>Aura</i>	Breve o nula	Prolongada
<i>Patrón de la crisis</i>	Mínima variabilidad	Variable
<i>Memoria de la crisis</i>	Ausente	Presente
<i>Confusión postictal</i>	Presente	Ausente
<i>Sugestionabilidad</i>	Ausente	Presente
<i>EEG crítico</i>	Anormal	Normal
<i>EEG postcrítico</i>	Anormal	Normal
<i>Signo de Babinsky postictal</i>	Presente/en ocasiones presente (dependiendo del tipo de crisis)	Ausente
<i>Nivel de prolactina postcrítico</i>	Siempre alterado/a veces elevado (dependiendo del tipo de crisis)	Normal
<i>Respuesta a anticomiciales</i>	Presente	Ausente
<i>Descripción de sintomatología</i>	No precisa	Precisa
<i>Presencia de crisis durante el sueño</i>	En ocasiones (depende del tipo de crisis)	Ausente
<i>Llanto al terminar la crisis</i>	Ausente	Presente en ocasiones
<i>Lesiones durante la crisis</i>	Probables	Improbables

<i>Incontinencia urinaria</i>	Posible	Ausente
-------------------------------	---------	---------

Tras la historia clínica detallada, las características propias de ambos cuadros, las alteraciones analíticas y de otras pruebas diagnósticas, es importante saber realizar el diagnóstico diferencial correcto entre ambos cuadros.

El tratamiento de los cuadros conversivos se basa en psicoterapia (psicoterapia de apoyo orientada a la introspección, la psicoterapia conductual, de grupo...). En ella es fundamental una buena alianza terapéutica, ya que el diagnóstico de pseudocrisis no suele ser bien aceptado por el paciente.

En algunos casos son útiles los ansiolíticos, los antidepresivos y los ejercicios de relajación.

Cuanto mayor sea la duración del trastorno y por tanto de su papel de enfermo y mayor sea su grado de regresión en sus conductas, más difícil resultará su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA:

- Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta/ Psiquiatría clínica. Kaplan & Sadock.
- DSM-IV-TR. Criterios diagnósticos.
- Clasificación de trastornos mentales CIE-10
- Tratado de medicina psicosomática. James L. Levenson.
- Manual de urgencias psiquiátricas. A. Chinchilla, J. Correas, F.J. Quintero, M. Vega.
- Medicina interna. Farreras & Rozman.
- Crisis psicógenas no epilépticas. Eugenia González Goizueta; Belén Martínez Pérez; José Ángel Mauri Llerda.
- Tipos de crisis epilépticas y pseudocrisis. Diferencial characteristics of epileptic seizure and pseudoseizures. M. I. Forcadas Berdusán